FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892 — N° 338

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juillet 1892, à 1 heures

PAR

Henri HUGONIN

Ancien interne de l'Asile de Clermont (Oise).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES LÉSIONS DE LA VOLONTÉ

CHEZ LES ALIÉNÉS

Président : M. PETER, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.* QUINQUAUD, BRUN, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N° 338

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juillet 1892, à 1 heures

PAR

Henri HUGONIN

Ancien interne de l'Asile de Clermont (Oise).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES LÉSIONS DE LA VOLONTÉ

CHEZ LES ALIÉNÉS

Président : M. PETER, *professeur.*

Juges : MM. PANAS, *professeur.* QUINQUAUD, BRUN, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	**MM.**
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TILLAUX.
Pharmacologie	G. POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS
Clinique médicale	G. SEE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. LE FORT. DUPLAY LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER. PINARD

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des travaux anatomiques	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	POUCHET.	SEGOND.
BRISSAUD.	HUTINEL.	QUENU.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUINQUAUD.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	RETTERER.	WEISS
CHANTEMESSE	LETULLE.	REYNIER.	
CHAUFFARD	MARIE.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RICARD.	
FAUCONNIER.	NELATON.		

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune aprobation ni improbation.

A M. LE Dr GUSTAVE LABITTE

Chevallier de la Légion d'Honneur.

A M. LE Dr GOUJON

Sénateur de l'Ain, Officier de la Légion d'honneur.

A M. LE PROFESSEUR PETER

Médecin à l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur.

Notre sujet sera divisé en deux parties. Dans la première nous essaierons de montrer, le rôle important que joue faculté d'inhibition motrice dans les diverses manifestation del'activité volontaire ; la seconde partie sera consacrée à l'examen des faits pathologiques.

Que Monsieur le professeur Peter daine agréer l'expression de toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Ire PARTIE.

« La vie psychique de l'homme et des animaux commence dans les organes des sens et son courant perpétuel jaillit au dehors par l'intermédiaire des organes du mouvement ; le type de la métamorphose de l'irritation sensitive en impulsion motrice est l'action réflexe, avec ou sans perception sensitive ». (Griesinger).

On sait d'un autre côté que certaines excitations ont pour résultat de ralentir, d'empêcher ou d'arrêter un mouvement (1). Dans cet ordre de faits, l'excitation peut

(1) La notion des influences d'arrêt date de la découverte de l'action du pneumogastrique sur le cœur, découverte due aux frères Weber (1845) ; ces physiologistes montrèrent que l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique, selon qu'elle est plus ou moins forte, ralentit ou arrête le cœur en diastole.

M. Brown-Séquard a donné dans la suite une très-grande extension aux phénomènes d'arrêt ; il a emprunté à la vieille langue juridique le mot d'inhibiution pour désigner ce genre de phénomènes. L'inhibition ne se limite pas aux mouvements ; mais son champ embrasse toutes les manifestations de l'activité nerveuse. L'irritation d'une partie quelconque du système nerveux, se propageant à distance, peut, par influence dynamique, diminuer ou arrêter plus ou moins instantanément et d'une façon temporaire ou persistante l'activité d'autres parties du même système. « Toutes les activités, toutes les propriétés normales ou morbides du système nerveux, central ou périphérique, et conséquemment toutes les fonctions de ce système, peuvent être inhibées ». (Brown-Séquard).

porter sur des nerfs à action centrifuge, tels que le pneumogastrique et les autres nerfs d'arrêt.

Elle peut aussi porter sur des nerfs centripètes et déterminer la diminution ou la suspension de l'activité des centres auxquels elle est transmise ; l'excitation du bout central du laryngé supérieur arrête les mouvements respiratoires.

Ainsi une exitation simultanée peut arrêter un mouvement produit par un autre nerf ou par une autre région nerveuse. « Une excitation partant d'un point quelconque du système nerveux peut provoquer un mouvement d'ensemble, et une autre excitation partant d'un point différent peut arrêter ce mouvement d'ensemble ». (Ch. Richet). Dans les faits de cette nature, deux excitations simultanées, d'origine différente, paraissent se neutraliser.

L'excitation inhibitrice peut être de nature psychique ; on connaît l'influence dépressive exercée sur les mouvements des muscles volontaires et sur les fonctions organiques par les émotions pénibles.

L'excitation du cerveau, comme l'ont montré Setchénoff et d'autres physiologistes, diminue le pouvoir réflexe de la moelle. Le cerveau paraît à l'état normal exercer une action modératrice sur les fonctions réflexes de la moelle. L'ablation du cerveau dans l'expérimentation physiologique augmente considérablement le pouvoir réflexe médullaire. Chez l'homme, lorsque la moelle est soustraite à l'influence du cerveau, comme cela se présente à la suite de traumatismes ou pendant le sommeil, les actions réflexes médullaires se produisent plus facilement et sont plus intenses. Cette puissance inhibitoire du cerveau est

mise en jeu dans l'action volontaire pour modérer ou arrêter les actes réflexes. Setchénoff admettait dans le cerveau des centres d'arrêt qu'il plaçait, à la suite d'expériences sur les animaux, dans les couches optiques. On tend, comme nous le verrons, à considérer les régions antérieures du cerveau comme le siège de la faculté modératrice ; outre les centres psycho-moteurs, il existerait des centres modérateurs.

La faculté d'inhibition paraît constituer l'élément principal de la volonté ; par son action modératrice ou répressive sur les impulsions motrices, elle assure le contrôle de la volonté.

Nous devons examiner son rôle en nous appuyant sur les données qui nous sont fournies par la physiologie. La neutralisation, dans l'acte volitionnel, d'un motif par un autre plus fort répond, comme le fait remarquer Ferrier, à la répression d'un acte réflexe par une excitation simultanée et plus considérable. Le souvenir de la douleur qu'il a éprouvée dans une circonstance antérieure retient la main de l'enfant disposé à toucher tout ce qui attire sa vue ; ainsi une image, une idée, peuvent jouer le même rôle qu'une excitation sensitive et produire les mêmes effets.

Chez l'enfant, la volition est uniquement sollicitée par les impressions du moment ; la tendance à l'action est immédiate. La volition sous sa forme inhibitoire est une formation secondaire ; son développement est l'œuvre de l'expérience personnelle et de l'éducation donnée par autrui : l'expérience ayant établi des associations entre les actes et leurs conséquences douloureuses, les états de

conscience actuels, évoquent, par la mise en jeu de ces associations modératrices, des états antagonistes qui contrebalancent et refrènent l'impulsivité.

« Imaginons que la première idée qui se présente à l'esprit d'un enfant réagisse à l'extérieur et laisse ses traces dans les centres nerveux, toutes les fois qu'elle se présentera de nouveau, il y aura une tendance à reproduire la même réaction. Mais si l'action correspondante a causé de la douleur à l'enfant, il se formera dans son esprit une seconde idée dont l'énergie sera opposée à celle de la première. Si alors la première idée revient, elle ne produira pas directement sa réaction, mais elle excitera l'activité de la seconde idée qui est inhibitoire par rapport à la réaction de la première ». (Maudsley). (1)

L'habitude et la répétition rendent le jeu des associations modératrices constituées par l'expérience et l'éducation plus facile et plus rapide.

« Les volitions, comme les sensations et les idées, laissent après elles des résidus qui sont incorporés dans les centres nerveux et rendent plus aisé le retour des volitions semblables ». (Maudsley).

Dans ces conditions, la volition perd son caractère impulsif ; elle implique un conflit entre des motifs opposés ; « l'acte, s'il en produit un, est conditionné par le motif le plus fort ». (Ferrier). A mesure que l'expérience s'accroît, les éléments qui prennent part à la formation d'une volition deviennent plus complexes ; « à un certain degré de développement mental, une foule de résidus sen-

(1) Physiologie de l'Esprit.

soriels et moteurs associés les uns aux autres sont excités simultanément ou successivement et viennent se corroborer ou se paralyser les uns les autres ; » (Maudsley) la délibération ou réflexion s'interpose entre l'excitation et la réaction finale ; et, ajoute le même auteur « la force vive dégagée ne représente pas seulement l'impulsion refléchie, mais un effet moteur, grossi par les épargnes précédentes, c'est-à-dire éclairé par la raison ».

Nous voyons dans la délibération ou réflexion la conséquence principale de l'acquisition de la faculté d'inhibition motrice. Ce résultat se résume, selon Setchénoff, dans la possibilité de penser, de réfléchir, de raisonner. « La pensée, dit cet auteur, est une action réflexe psychique réduite à ses deux premiers tiers ».

L'énergie d'une idée, protégée contre la diffusion extérieure, se dépense intérieurement dans l'éveil des idées associées. Dans la délibération, comme dans toute autre opération intellectuelle, le mouvement des idées n'est pas abandonné complètement au mécanisme de l'association. « Nous pouvons concentrer l'attention sur une idée ou sur une classe d'idées et sur leurs associées immédiates à l'exclusion de toutes les autres... Nous pouvons ainsi modifier et contrôler le courant de l'idéation et jusqu'à un certain point appeler et retenir dans la conscience des idées particulières et des associations particulières » (Ferrier). (1)

Les centres modérateurs qu'il localise dans les lobes frontaux constitueraient pour Ferrier le principal facteur

(1) Fonctions du Cerveau.

dans la concentration de la conscience et le contrôle de l'idéation.

Tous les états de conscience renfermeraient des éléments moteurs. Le rappel d'une idée dépendrait de l'excitation de l'élément moteur qui entre dans sa composition ; la faculté de fixer l'attention et de concentrer la conscience dépendrait en outre de la restriction du mouvement ; « en réprimant la tendance à la diffusion extérieure dans les mouvements actuels, nous accroissons la diffusion intérieure et concentrons la conscience. Car le degré de conscience est inversement proportionnel à la quantité de diffusion externe active... L'excitation des centres moteurs protégée contre la diffusion externe dépense sa force intérieurement selon les cohésions organiques, et les divers facteurs devenus organiquement cohérents avec un mouvement particulier s'élèvent dans la conscience » (Ferrier).

On considère généralement les régions corticales antérieures comme le siège de la faculté modératrice ; nous devons examiner les preuves principales que fournissent à cette opinion l'expérimentation physiologique et la pathologie humaine.

Goltz a constaté chez des chiens qui avaient subi l'ablation des parties antérieures du cerveau « 1° des phénomènes d'excitation générale exagérée ; 2° l'absence de contrôle ou de domination de soi-même ; 3° l'exagération de certains mouvements réflexes incoercibles par défaut des fonctions d'arrêt ou d'inhibition ; » (Soury). Après cettte opération, les chiens les plus pacifiques devenaient méchants, hargneux, batailleurs.

Setchénoff admettait l'existence dans le cerveau d'un mécanisme servant d'appendice à l'appareil réflecteur et agissant sur le mouvement réflexe comme le nerf vague agit sur le cœur; nous avons vu qu'il plaçait ce mécanisme dans la couche optique.

Nous savons que Ferrier admet dans les lobes frontaux des centres modérateurs ; chez le singe, l'irritation électrique de ces lobes ne provoque aucune manifestation motrice ; leur ablation n'est suivie ni de paralysie ni d'anesthésie, mais elle entraîne une sorte de dégénérescence mentale, « qui en dernière analyse peut se réduire à la perte de l'attention ».

Les régions frontales sont d'autant plus développées que le niveau de l'intelligence est plus élevé ; elles sont rudimentaires chez les animaux inférieurs ; elles ne sont qu'imparfaitement développées chez les idiots.

La pathologie cérébrale fournit à l'appui de cette localisation un certain nombre de faits ; il nous suffira de citer l'observation la plus importante. Elle concerne un mineur américain qui, à l'âge de 25 ans, avait subi des lésions traumatiques graves des lobes frontaux; cet homme vécut encore douze ans et demi sans présenter de paralysie ni d'anesthésie ; mais, à la suite de l'accident dont il avait été victime, on remarqua un changement profond dans son caractère. « Ses patrons, qui le considéraient comme un de leurs meilleurs et plus habiles conducteurs de travaux avant son accident, le trouvèrent tellement changé qu'ils ne purent lui confier de nouveau son ancien poste. L'équilibre, la balance pour ainsi dire

entre ses facultés intellectuelles et ses penchants instinctifs, semblent détruits. Il est nerveux, irrespectueux et jure souvent, et de la façon la plus grossière ; ce qui n'était pas dans ses habitudes auparavant ; il est à peine poli avec ses égaux ; il supporte impatiemment la contrariété et n'écoute pas les conseils des autres, lorsqu'ils sont en opposition avec ses idées ; à certains moments, il est d'une obstination excessive, bien qu'il soit capricieux et indécis ; il fait des plans d'avenir qu'il abandonne aussitôt pour en adopter d'autres qui lui semblent plus praticables. C'est un enfant pour l'intelligence et les manifestations intellectuelles, un homme pour les passions et les instincts. Avant son accident, bien qu'il n'eût pas reçu d'éducation scolaire, il avait l'esprit bien équilibré et on le considérait comme un homme habile en affaires, intelligent, très énergique et tenace dans l'exécution de ses plans d'opération. A cet égard, il est tellement changé que ses amis et (1). connaissances disent que ce n'est plus là Gage. » (Ferrier).

Cette observation paraît particulièrement démonstrative.

Nous devons également mentionner l'opinion d'après laquelle il n'y aurait pas d'appareils d'arrêt distincts et indépendants ; les actions motrices et les actions d'arrêt se passeraient dans les mêmes éléments nerveux. D'après M. Baunis, toute excitation nerveuse détermine, dans la substance nerveuse excitée, deux modifications de sens contraire, une tendance à l'activité d'une part, une tendance à l'arrêt de cette activité d'autre part ; la mani-

(1). Localisations cérébrales.

festation quelconque, qui suit l'excitation, n'est que la résultante de ces deux actions contraires ; l'une ou l'autre de ces influences antagonistes peut prédominer. Cette dualité s'observe également dans les phénomènes psychiques, et, en particulier, dans l'hésitation qui accompagne un mouvement volontaire. La prédominance de l'impulsion ou de l'arrêt déterminerait chez l'homme le caractère.

Quoi qu'il en soit de ces diverses hypothèses, on doit reconnaître qu'il existe, outre la faculté d'agir en réponse à des excitations, une faculté capable de maintenir ou de réprimer les impulsions motrices ; le développement et l'éducation de la faculté d'inhibition motrice assurent le contrôle de la volonté sur les actes et sur le mouvement des idées.

Nous avons vu que cette faculté était imparfaite chez l'enfant ; elle reste imparfaite chez les hystériques.

Elle peut subir une obnubilation momentanée dans certains états émotionnels. Elle est amoindrie ou annihilée par certains poisons. On sait enfin que dans le somnambulisme la résistance aux suggestions est le plus souvent impossible.

Dans d'autres faits, au contraire, on constate une exagération de la puissance inhibitoire. Nous rappellerons à cet égard l'influence dépressive exercée par les émotions pénibles ; les sensations désagréables s'accompagnent également d'une dépression de l'énergie. En outre, la faculté d'inhibition, dans sa manifestation la plus élevée, dans l'attention, peut subir une exagération anormale, comme cela se constate dans les idées fixes et dans l'extase.

Les faits qui précédent nous indiquent déjà les variations que subit dans les faits pathologiques la faculté d'inihibition et qui d'une manière générale se caractérisent par l'abolition ou l'exaltation de cette faculté.

2e PARTIE.

I. — Nous examinerons d'abord les faits pathologiques dans lesquels la faculté d'inhibition motrice a subi une atteinte plus ou moins profonde.

Nous avons vu qu'à la suite du développement de cette faculté, l'activité se dégageait de l'automatisme et devenait volontaire ; les excitations ne se transforment plus d'une façon immédiate en mouvements ; le mouvement est suspendu, retardé. « Cette suspension est le germe de l'action volontaire ; elle constitue la différence la plus essentielle entre une action réflexe ou instinctive et une volition ». (Sergi). L'intervalle qui s'écoule entre l'excitation et la réaction motrice est rempli par la délibération, par le conflit des motifs.

La faculté modératrice n'atteint qu'un développement imparfait dans les états de débilité mentale. Nous avons vu que les lésions traumatiques des lobes frontaux l'affaiblissent ou l'annihilent ; les lésions pathologiques, dans la démence et la paralysie générale, ont les mêmes conséquences. Elle est plus ou moins complètement suspendue dans les états pathologiques qui se caractérisent par une surexcitation générale et excessive de l'activité cérébrale ; dans les états maniaques les excitations aboutissent aussitôt à des réactions motrices ; le mouvement des idées, en l'absence de tout frein, est livré complètement au mé-

canisme de l'association; leur cours est d'ordinaire si rapide et si diffus qu'il n'en est pas une seule qui soit assez persistante pour qu'il puisse se produire un commencement de lutte au sein de la conscience.

Dans ces divers états pathologiques, les éléments principaux de la volition manquent plus ou moins complètement; la délibération fait défaut ou reste insuffisante; la conscience peut être obscurcie comme dans les états maniaques intenses; elle peut être complètement absente comme dans les impulsions épileptiques; l'impulsivité est dépourvue de tout contre-poids, l'activité réflexe prédomine d'une façon plus ou moins exclusive.

Dans d'autres faits, au contraire, les malades ont une conscience nette de leur situation. Ils luttent plus ou moins énergiquement contre des impulsions que d'ordinaire ils réprouvent; mais la résistance qu'ils opposent à leurs tendances morbides reste le plus souvent impuissante. Ces faits sont les plus intéressants de la pathologie de la volonté; ils doivent attirer particulièrement notre attention. Les deux observations suivantes, dont la première est empruntée à M. Magnan, nous paraissent donner une idée générale des états morbides qui vont nous occuper.

« Une femme, âgée de trente ans, perd, par moments, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Ce sont d'abord des mouvements analogues à de simples réflexes, se passant dans le segment d'un membre ou dans tout un membre, ne paraissant mettre en jeu qu'une région limitée de la moëlle, tels sont les mouvements de flexion ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou de l'avant bras sur le

bras ; du pied sur la jambe, ou de la jambe sur la cuisse, ou bien encore l'élévation d'une épaule ; d'autres fois ce sont des mouvements plus étendus, le frottement d'une main contre l'autre ; d'autres fois encore, c'est la marche en avant, la malade pénètre sans but, mais le sachant, dans une chambre, la parcourt et se retire, c'est tout ; mais elle ne peut pas s'empêcher de le faire, et elle éprouverait un très-grand malaise si elle résistait. Tous ces mouvements, sans utilité, sans objet, s'effectuent en dehors de la volonté, la malade les constate tout en restant impuissante à les réprimer.

D'autres fois, ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir ; assise, elle ne peut plus se relever, et pendant un moment l'impulsion fait défaut. Dans tous ces cas, la moëlle s'émancipe, l'influence psycho-motrice semble suspendue.

Dans d'autres circonstances les phénomènes sont plus complexes ; c'est toute la mimique d'un état passionnel nettement déterminé, le rire ou les pleurs, qui échappent à la volonté ; et cette manifestation extérieure est en désaccord avec l'état cénesthétique du sujet, qui tantôt est gai, indifférent, tantôt, au contraire, est opposé à la nature même de la manifestation..... Ces phénomènes traduisent l'action indépendante de la protubérance. Dans d'autres moments, elle prononce des mots qu'elle ne voudrait pas dire ; si elle essaie de résister, elle éprouve du malaise, elle est engoissée, elle se sent suffoquée ; quelquefois elle se retire dans un lieu écarté, et, une fois seule, elle prononce le mot et se sent soulagée ; quoi qu'il en soit, les images tonales échappent à l'action volontaire et dénotent l'indépendance des centres corticaux postérieurs. Enfin, dans quelques circonstances, ce n'est pas un mot, mais tout un discours qu'elle est forcée malgré elle de prononcer, ou bien encore des chants involontaires, manifestant ainsi la déséquilibration des centres cérébraux antérieurs. Ce n'est pas tout, parfois elle est poussée

à frapper un inconnu, un ami, un parent, elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant quelquefois très-longtemps sous le coup d'une décharge de la région psycho-motrice... Elle offre encore des perversions sexuelles qui en font successivement une spinale, une spino-cérébrale postérieure et une spino-cérébrale antérieure. Telle est cette série de syndromes épisodiques, différant les uns des autres, mais se trouvant tous sous la dépendance étroite de la déséquilibration du système cérébro-spinal ». (Magnan, *Ann. méd.-physiol.*).

Mlle B..., 52 ans, célibataire, ancienne institutrice. Cette malade a été en traitement à l'asile de Clermont du 5 septembre au 7 novembre 1888.

A son entrée, elle est préoccupée par des idées hypochondriaques ; elle se plaint d'avoir mal à l'estomac, de ne pouvoir aller à la selle. Il lui semble que ses membres vont se détacher, que son estomac et son ventre vont tomber. Elle a des sensations d'engourdissement ; elle a peur de devenir paralysée. Le point de départ de ses souffrances est dans le ventre. Il lui semble parfois que sa circulation s'arrête, que son intelligence s'engourdit. C'est à ce moment qu'elle souffre le plus ; elle ne peut plus penser, son intelligence ne travaille plus. Depuis le mois de juin 1887, elle présente des impulsions irrésistibles ; elle a éprouvé d'abord le besoin de courir ; ce besoin la prenait tout à coup dans la journée ou dans la nuit, plus souvent dans la journée. Elle était forcée de courir pendant plusieurs heures de suite, presque des journées entières.

Ce besoin revenait au début tous les jours, puis à une journée d'intervalle ; elle avait conscience de ce qu'elle faisait, mais elle ne pouvait s'en empêcher. Il y avait néanmoins quelque chose de « brouillé » dans sa tête, mais ensuite elle se rappelait bien ce qu'elle avait fait. Pendant qu'elle courait, elle parlait, elle ne proférait pas d'abord de

vilaines paroles ; c'étaient des choses qui n'avaient pas de sens, des mots qu'elle forgeait, des paroles sans suite. En décembre 1888, elle a commencé à dire de vilaines choses ; elle courait moins, mais parlait davantage. Ensuite en avril, mai, juin et juillet elle n'éprouvait plus le besoin de courir, mais elle était presque chaque jour forcée de parler, de tenir de mauvais propos, et cela durait presque toute la journée.

Elle ne pouvait se retenir ; la vie lui était devenue insupportable. La situation dans laquelle elle se trouvait était d'autant plus affreuse qu'elle a toujours été animée de sentiments religieux très vifs et que les mots orduriers qu'elle ne pouvait s'empêcher de prononcer formaient le contraste le plus pénible avec ses sentiments personnels et avec ceux de son entourage. En outre, elle était poussée à frapper, à mordre les personnes qui l'entouraient ; elle cherchait à s'emparer des couteaux pour les frapper. Elle se mordait elle-même ; elle voulait se tuer.

En octobre 1888, elle est toujours préoccupée par les mêmes idées hypocondriaques ; elle déclare en outre que, depuis qu'elle est à l'asile, elle éprouve encore par moments, surtout le matin, le besoin de dire de vilaines choses, mais elle peut se retenir. C'était là ce qui lui était le plus désagréable ; elle souffre toujours beaucoup, mais elle est satisfaite de ne plus tenir de mauvais propos ; elle aimerait mieux mourir que de recommencer.

La malade est retirée par sa famille ; elle se trouve dans la même situation qu'à son entrée.

Cette observation nous paraît mettre en relief quelques-uns des caractères principaux des états pathologiques qui nous occupent :

La conscience est envahie brusquement par une impulsion qui est presque toujours en contradiction com-

plète avec les tendances habituelles. Cette invasion s'accompagne d'angoisse, de malaise général. Les malades luttent avec la plus grande énergie. Nous avons vu que la malade qui fait l'objet de l'observation ci-dessus était parvenue parfois à réprimer les impulsions qui la tourmentaient. Mais le plus souvent la lutte se termine par la défaite de la volonté. On peut voir dans l'idée impulsive, qui représenterait la convulsion des idées, l'équivalent de la convulsion des mouvements. « La volonté est impuissante à maîtriser un mouvement convulsif, bien que le patient ne cesse pas un instant d'avoir la conscience du mouvement et de sa nature; semblablement la volonté peut être impuissante à réfréner, quelques efforts qu'elle fasse, une idée maladive arrivée à un degré d'activité convulsive, bien qu'il puisse y avoir chez l'individu, sans interruption, conscience nette de la nature maladive de cette idée (Maudsley).

Nous avons vu en outre que cette malade présentait des impulsions d'un caractère plus dangereux, et qu'elle était poussée à frapper les personnes qui la soignaient; mais quelle que soit la forme que présente l'impulsion, qu'elle revête un caractère puéril ou dangereux, le trouble fonctionnel est toujours le même et consiste dans une sorte d'état convulsif d'une idée, état qui échappe tout aussi bien que la convulsion d'un muscle à l'action du pouvoir d'arrêt, au contrôle de la volonté.

Les observations qui vont suivre viendront à l'appui de ce qui précède et compléteront l'étude des états pathologiques qui nous occupent.

D..., femme N..., 37 ans, cultivatrice, voûte palatine ogivale, asymétrie faciale, malformation crânienne; internement antérieur (novembre 1888-mai 1889); entre à l'asile de Clermont le 31 janvier 1890.

Hérédité : oncle paternel aliéné.

Avant son entrée, la malade avait cessé tout travail; elle errait dans le pays nuit et jour; elle proférait des menaces de meurtre et d'incendie; elle avait tenté de jeter sa fille aînée dans un puits. Le certificat immédiat constate que la malade est atteinte de folie impulsive périodique, qu'elle se livre irrésistiblement à des actes compromettants pour la sécurité et l'ordre public.

A son entrée elle est calme; elle déclare qu'elle a par moments besoin de cou rir, de détruire; cela lui arrivait à peu près tous les mois, surtout au moment des règles; elle se sauvait de chez elle et courait à droite et à gauche; il lui arrivait souvent de détruire ce qui lui tombait sous la main, de casser des arbustes; elle ne pouvait pas s'en empêcher.

Pendant le premier mois de son séjour à l'asile, elle erre à droite et à gauche, elle touche à tout; elle cherche à ouvrir les becs de gaz, à détruire, à déchirer; elle dort peu, elle se lève la nuit pour voler et détruire ce qu'elle peut trouver; elle déchire des objets de lingerie appartenant à elle-même ou à ses compagnes.

Elle a conscience de sa situation. Elle dit qu'elle mérite d'être guillotinée. Elle voudrait bien mourir, mais ellea peur de la mort, et elle ne verrait plus ses enfants.

Pendant les mois suivants, elle présente des alternatives de calme pendant lesquelles elle s'occupe volontiers; mais ses impulsions reviennent encore fréquemment et présentent le même caractère. Elle cherche à voler toutes sortes d'objets qu'elle cache; elle déchire parfois ses effets et ceux de ses compagnes. Cette situation la désespère et fait naître

chez elle des idées de suicide. Elle dit parfois qu'il faut qu'elle se pende, mais elle ne veut pas le faire à cause de ses petits enfants qu'elle veut revoir ; et, de plus, ce serait un déshonneur pour sa famille.

En novembre de la même année, les impulsions au vol et à la destruction sont devenues de plus en plus rares ; et la malade a pu sortir améliorée à la fin de décembre.

C..., 50 ans, rentière, entrée à l'asile de Clermont le 12 février 1890. Hérédité : un oncle paternel mort dans un maison de santé ; un cousin interné pendant quelque temps ; une sœur aliénée.

Voûte palatine ogivale ; intelligence peu développée ; ménopause. La malade est triste, déprimée ; elle se plaint d'étouffements, de suffocations ; elle a des idées de persécution ; chez elle, tout le monde lui en voulait ; on lui faisait des misères ; elle se répand en récriminations sur la conduite des siens à son égard ; elle se livre à toutes sortes de critiques sur leur manière d'agir.

Elle prétend que sa belle-sœur prenait trop de soin de son intérieur pour pouvoir s'occuper sérieusement de ses enfants ; elle donne une importance exagérée à des faits insignifiants. Peu de temps avant son entrée, elle a présenté une impulsion homicide qui fait l'intérêt de son observation : se trouvant seule avec son neveu, enfant en bas-âge, elle s'est sentie poussée à le jeter par la fenêtre. Elle nous raconte elle-même ce fait, dont sa famille nous avait déjà parlé ; son petit neveu, âgé de 3 ans, était couché dans son berceau dans une chambre où elle se trouvait elle-même ; elle ne comprend pas qu'on ait laissé un enfant à côté d'une personne malade ; elle a averti elle-même son frère qu'elle se sentait poussée à jeter cet enfant par la fenêtre et qu'il fallait l'enlever au plus vite.

Pendant son séjour à l'asile, elle a continué à se plaindre amèrement de tous les membres de sa famille, les accusant

d'avoir cherché à la faire mourir. Elle prétendait qu'on répandait de mauvaises odeurs autour d'elle, sur ses vêtements ; il lui arrivait parfois de se déshabiller sous prétexte que ses vêtements sentaient mauvais. Elle avait des craintes d'empoisonnement, des idées hypochondriaques. Elle se livrait souvent à la masturbation. Au commencement de 1891, elle est sortie très-améliorée.

S..., femme D..., 49 ans, entrée à l'asile de Clermont le 12 avril 1888. A son entrée, la malade est assez calme et ne présente qu'un peu de loquacité. Elle tenait un débit de vins dans une commune de Seine-et-Oise. Elle a été très impressionnée par la mort de sa sœur qui s'est suicidée par asphyxie ; elle a été « foudroyée » par cette mort. Elle avait déjà perdu une autre sœur morte phtisique à l'hôpital de la Charité ; elle avait, également perdu trois enfants ; elle n'a jamais pu se consoler de la mort de l'un d'eux, survenue il y a seize ans ; mais la mort de sa sœur l'a tout particulièrement impressionnée. Sa sœur s'est suicidée le 27 mars 1887 ; on l'a prévenue dans la soirée ; le lendemain elle a passé sa journée à pleurer, elle allait et venait dans son jardin ; elle ne pouvait s'empêcher de penser à cet événement. « Elle sentait un frisson dans le haut de la tête, pire qu'un éclair à mesure que la pensée pointait. » Elle a pleuré pendant cinq mois. Ensuite il lui arrivait de danser et de chanter. Chaque fois que le souvenir de sa sœur revenait, elle éprouvait le besoin de danser.

Elle ne dormait pas la nuit ; elle ne s'est néanmoins levée qu'une fois à la suite d'une contrariété pour danser et chanter. Elle parvenait parfois à se maîtriser ; mais le plus souvent, soit chez elle, soit dehors, elle ne pouvait résister.

Les jours suivants elle continue à se montrer loquace ; elle aime à parler d'elle, à raconter ce qu'elle éprouvait.

Elle prétend retrouver dans les personnes qui l'entourent ce qu'elle a été elle-même. Elle nous dit qu'elle a été ma-

lade, agitée, qu'elle avait les manières d'une aliénée, qu'elle éprouvait le besoin irrésistible de remuer, de sauter et de crier. Elle attribue toujours sa maladie à la mort de sa sœur. Le 28 du même mois, la malade est agitée et présente le désordre des actes et des idées qu'on remarque habituellement dans la manie.

L'agitation s'est prolongée pendant plusieurs mois.

La malade est sortie au mois de janvier 1889 améliorée.

En résumé, pendant son séjour à l'asile, la malade nous paraît avoir présenté un accès de manie ordinaire; mais ce qui fait l'intérêt de son observation, ce sont les symptômes qu'elle a présentés au début de sa maladie, et dont les plus saillants « besoins irrésistibles de chanter et danser, tentatives de résistance » nous ont paru assez significatifs pour être signalés.

S..., femme C.... 29 ans, entrée à l'asile de Clermont le 29 juin 1888. Hérédité : un cousin germain a été aliéné; dégénérescence mentale ; intelligence peu développée. Le certificat d'entrée constate que la malade est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par de la dépression mélancolique, de l'anxiété, un découragement profond, des impulsions irrésistibles qui la poussent à faire tel ou tel acte. A son entrée, cette femme est triste, abattue ; elle parle lentement, à voix basse. Sa maladie remonterait à sa dernière couche, qui a eu lieu il y a trois ans environ. Depuis quelque temps, elle ne dormait pas ; elle ne pouvait plus travailler ; elle se sentait incapable de rien faire.

Hier, en sortant de l'hôpital de Provins, où elle était en traitement, elle a embrassé le cocher de la voiture qui la conduisait à la gare ; dans le wagon elle avait envie de casser les carreaux; ce sont là des idées qui la poussent à agir ; elle a toujours eu des idées pareilles. En ce moment

elle est tranquille ; mais quand ces idées lui viennent, elle ne peut résister, il faut qu'elle les mette à exécution ; il lui en vient tous les jours ; étant assise à côté d'un voisin, elle est tombée subitement amoureuse de lui. Au moment où ces idées lui viennent, « c'est dans l'intérieur, comme s'il n'y avait pas d'embranchement » (et elle met la main au creux épigastrique) ; elle est en même temps mal à l'aise, elle se sent oppressée.

Pendant son séjour à l'asile, qui a été assez court, elle n'a pas présenté d'impulsion ; elle disait elle-même qu'elle n'avait plus d'idée la poussant à agir. Elle était habituellement triste, déprimée, inactive, parfois anxieuse. Son mari l'a retirée sans qu'elle présentât la moindre amélioration.

D..., femme D..., 48 ans, entrée à l'Asile de Clermont le 28 août 1888. Cette femme est triste, déprimée ; elle aurait déjà eu « des idées noires », à la suite de la variole, pendant le siège de Paris ; elle serait restée pendant un an sous l'influence de ces idées ; elle n'a pas été internée ; elle est allée passer quelque temps dans sa famille. Elle a été ensuite très malheureuse, elle s'est mariée avec un homme qui se livrait à la boisson, qui la battait et qui l'a abandonnée après 3 ans de mariage. Elle est malade depuis 3 mois ; elle a des maux de tête presque continuels, elle dort peu, elle paraît arrivée à la ménopause. Elle est toujours triste ; elle a du chagrin ; elle ne saurait pas trop dire pourquoi ; mais « elle a du chagrin, du chagrin qui l'étouffe ». Quelques jours avant son entrée elle a tenté de se suicider ; elle ne sait pas pourquoi ; elle était forcée ; il est vrai que la vie lui a toujours pesé ; cette idée l'a prise tout-à-coup pendant la nuit ; c'était comme si on l'avait arrachée de son lit ; elle a résisté ; elle est allée auparavant chez sa nièce, pour que celle-ci l'empêchât de mettre cette idée à exécution. Puis elle est sortie brusquement de chez sa nièce, et elle est allée se jeter dans la rivière ; on l'en a presque immédiatement retirée. Elle ne peut

pas expliquer pourquoi elle a fait tout cela ; elle répète qu'elle était forcée.

Dans le mois d'octobre cette malade est parvenue à tromper la surveillance dont elle était entourée et à mettre à exécution les idées qui la tourmentaient (suicide par pendaison).

Dans cette observation nous voyons l'impulsion suicide survenir brusquement ; le terrain est, il est vrai, préparé par les dispositions mentales habituelles ; mais la malade ne succombe pas immédiatement ; elle résiste; elle sent que ses forces personnelles sont insuffisantes pour une résistance efficace ; elle fait appel à un secours étranger ; mais la violence de l'impulsion rend ce secours inutile.

L..., femme B..., 51 ans, entrée le 10 mars 1890 ; 2 internements antérieurs. Cette malade est en proie à un violent accès de lypémanie anxieuse qui ne présente aucune particularité digne d'être signalée. Le point intéressant de son observation consiste dans des impulsions suicides persistantes, qui paraîssent être de nature héréditaire ; le père de la malade s'est suicidé (submersion). On sait du reste que l'hérédité similaire est fréquente dans cette forme de maladie mentale. La malade est elle-même depuis 10 ans sous l'influence d'idées de suicide. Elle a mis en œuvre tous les moyens que le hasard lui a offerts ou qu'elle a pu trouver ; elle est parvenue à déjouer plusieurs fois la surveillance dont elle n'a cessé d'être l'objet ; elle a cherché à s'empoisonner, à se pendre. Peu de jours avant son entrée, elle a fait une tentative de strangulation, qui a failli aboutir. Vers la fin du mois la malade paraît beaucoup plus calme ; elle est gaie, souriante ; le 10 avril la famille la retire malgré les conseils qui lui sont donnés ; le 12, elle nous est ramenée vers les 11 h. du soir ; dans

la journée elle s'était empoisonnée avec de l'acide nitrique. Elle est morte le 7 juin des suites de cet empoisonnement.

B..., 21 ans, dégénérescence mentale, malformation crânienne. Le père est mort à 36 ans d'une cirrhose du foie consécutive à des habitudes d'alcoolisme; il était tombé dans un état de déchéance intellectuelle qui ne lui permettait plus la gestion de ses affaires. Orphelin de bonne heure, B... est recueilli par ses grands parents. Malgré la bonne direction qui est donnée à son éducation, il manifeste dès l'enfance des tendances perverses qui ne font que se développer avec l'âge. Il change plusieurs fois d'institution ; un de ses maîtres signale « son caractère indisciplinable, porté à la rancune et à la violence, une intelligence ordinaire et paresseuse, un défaut d'équilibre cérébral et de jugement, des tendances instinctives, une propension précoce aux excès alcooliques.» A 19 ans, il va vivre auprès de sa grand'mère dans un village de la Somme; il n'a aucune occupation, il n'en recherche aucune ; il se livre sans retenue à des excès alcooliques presque journaliers. Plusieurs incendies éclatent dans la localité ; des meules, des granges, prennent feu à de courts intervalles de temps. Ces incendies ont été allumés par B...; arrêté, il fait des aveux complets.

Il a toujours procédé de la même façon ; chaque fois c'est aux approches de la nuit qu'il allume l'incendie ; chaque fois il est pris de boisson. Il rentre presque aussitôt chez lui. Une fois, on est venu le chercher pour prendre part aux secours ; il n'est parti qu'à contre-cœur, et il est resté presque inactif. Reconnu irresponsable, il est interné le 19 août 1883. Il est calme, poli, aimable, très prétentieux. Il n'a pas d'idée délirante ; on n'a jamais constaté chez lui d'accès d'épilepsie. Il parle sans émotion des actes qu'il a commis ; il ne paraît pas en soupçonner la gravité. Il prétend qu'il a été poussé à les commettre par une force irrésistible ; il reconnaît avoir fait des excès alcooliques. Rentré dans sa famille le 25 juin

1884, il reprend aussitôt ses habitudes alcooliques. Au mois de janvier 1885, il est arrêté de nouveau comme incendiaire et interné peu après dans un asile du Nord. Dans cette observation l'impulsion n'est provoquée ni par un sentiment de vengeance, ni par une idée délirante. Elle apparaît avec ses caractères habituels d'automatisme et d'irrésistibilité sur un terrain préparé par la dégénérescence mentale. De plus, les forces de résistance déjà insuffisantes par suite de la dégénérescence sont encore affaiblies par l'abus de l'alcool. Notons aussi en passant l'hérédité de l'alcoolisme.

F..., femme G..., 46 ans, cultivatrice. Entrée le 16 septembre 1889 à l'asile de Clermont. Le certificat d'entrée constate que la malade est dans un état mental caractérisé par des conceptions délirantes dépressives, de nature persécutrice avec impulsions irrésistibles, mais conscientes, commandées par des hallucinations de l'ouïe; et que cet état mental paraît reposer sur un fonds de débilité mentale native. La malade est triste, déprimée ; elle se sent incapable de rien faire ; depuis longtemps déjà elle n'est pas heureuse. Cela a commencé il y a 23 ans. On lui faisait des misères ; on rendait ses animaux malades ; on lui a tué un veau ; on l'a rendu malade elle même. Elle est allée il y a 7 ans habiter dans un autre village ; on a continué à lui faire des misères ; on a rendu une de ses vaches malade ; elle entendait dans ses oreilles « tu la mettras dans un trou, ta vache ».

C'était une femme du pays qui lui disait cela : auparavant, elle n'avait jamais rien entendu ; tout marchait mal chez elle; son mari ne s'occupait pas de ses affaires ; il la battait ; elle était malade ; elle avait souvent mal à la tête ; elle dormait mal.

On lui disait parfois que, si elle ne faisait pas telle chose, (par exemple : va voir ton mari, va voir M. M...), ce serait la mort pour elle et ses enfants.

Le 21 août elle a mis le feu à une meule ; « c'est une com-

mission qu'on lui a donnée ». C'était la première fois qu'on lui commandait une chose pareille. Vers 6 heures du soir, elle était chez elle ; on lui a dit: « prends des allumettes, sauve-toi ». Elle est allée dans les champs ; elle avait des allumettes (au nombre de huit) dans la main ; elle ne savait pas où elle allait. Elle était comme une personne perdue ; elle n'entendait rien à ce moment-là ; mais elle est passée près d'une meule ; on lui a dit alors « c'est celle-là qu'il faut que tu brûles ». Elle a erré encore dans les champs pendant une heure et demie pour attendre la nuit ; elle espérait que cela se passerait ; elle se demandait pourquoi n'ayant jamais rien fait de mal, ayant toujours été une honnête femme, elle était poussée à faire une chose pareille. Elle ne savait pas à qui appartenait la meule ; elle résistait ; alors elle a entendu « manque-moi, manque-nous » ; ce qui signifiait : si tu manques nous ne te manquerons pas. Elle n'a plus entendu que cela jusqu'au moment où elle a mis le feu. Si elle n'avait rien entendu, elle n'aurait certainement rien fait.

Entre 7 et 8 heures elle a mis le feu à la meule qui a flambé de suite. Alors on lui a dit « sauve-toi ». Elle a couru tant qu'elle a pu ; elle n'a plus rien entendu. Elle est allée passer la nuit dans le jardin de son père ; elle est rentrée le matin chez elle et a été arrêtée peu après. Elle répète encore qu'elle a été forcée de faire tout cela; elle se trouvait bien malheureuse, mais elle craignait qu'on ne la fît mourir, si elle n'exécutait pas l'ordre qui lui était donné. Elle n'a mis le feu qu'à contre-cœur. Les voix qu'elle a entendues le 21 août étaient des voix d'homme ; ils étaient plusieurs ; elle ne les connaissait pas ; les voix paraissaient venir de loin. Ce jour-là, elle n'a pas éprouvé ses malaises habituels, maux de tête, etc. Elle se sentait seulement malheureuse; elle était plus triste qu'à l'ordinaire.

Les impulsions ne s'accompagnent pas habituellement d'hallucinations. Nous avons cru néanmoins pouvoir citer

cette observation, parce qu'elle nous paraît, dans ses traits principaux, emprunter les caractères des états pathologiques que nous étudions. La malade a une conscience nette de sa situation ; elle sait qu'elle subit une pression étrangère ; l'impulsion est en contradiction avec ses sentiments personnels ; elle résiste et n'obéit qu'à contre-cœur. L'exécution de l'acte est suivie de la disparition des hallucinations et d'un calme relatif.

S..., femme Ch..., 48 ans, coiffeuse, entrée à l'asile de Clermont le 9 novembre 1889. Hystérie, excès alcooliques depuis l'âge de 24 ans.

Depuis quelques mois, cette malade est sujette à des hallucinations et à des idées de persécution. On lui disait des injures ; elle reconnaissait les voix de personnes de son voisinage. C'était surtout la nuit qu'on l'insultait, elle dormait peu ; les voix lui paraissaient venir de la cheminée. Il lui semblait parfois qu'elle sentait des odeurs de soufre, de tabac, qu'on mettait quelque chose dans ses aliments pour l'empoisonner. Elle se sentait en outre plusieurs fois dans la journée poussée à prononcer des mots grossiers : chameau, salope, p...., etc. Elle entendait une voix d'homme ou de femme qui disait ces mots, et elle était irrésistiblement poussée à les répéter. Ce symptôme nous a paru assez intéressant au point de vue qui nous occupe pour relater l'observation de la malade. Pendant le court séjour qu'elle a fait à l'asile, elle était moins fréquemment que chez elle poussée à prononcer des mots orduriers. Elle est sortie très améliorée.

Nous avons vu que la plupart de nos malades opposaient une résistance plus ou moins énergique aux impulsions qui les tourmentaient ; mais la défaite de la volonté était le résultat que nous avons presque toujours constaté. Certains malades, ceux surtout qui sont en proie à

des impulsions dangereuses pour eux-mêmes ou pour autrui, ont une conscience nette de l'inefficacité de la lutte et de l'impuissance de leur volonté. Se défiant de leurs propres forces, ils ont recours aux moyens que les circonstances leur offrent ou que leur ingéniosité personnelle leur fait découvrir, pour éviter l'accomplissement d'actes qu'ils réprouvent. Quelques-uns font appel à l'assistance d'autrui. Nous avons vu une de nos malades, saisie brusquement dans la nuit d'une impulsion suicide, courir chez sa nièce dans le but de trouver un secours utile. D'autres comprennent la nécessité d'un internement dans un asile. M. G..., âgé de 50 ans, était sujet à de fréquents accès de dipsomanie. Reconnaissant l'impossibilité de toute résistance à ses penchants morbides, il avait pris le parti, dès qu'il sentait les premiers symptômes de ses accès, d'entrer dans un asile il ; faisait lui-même les démarches nécessaires pour son internement ; et, pourvu d'un certificat médical et des autres pièces exigées par la loi, il se présentait à l'asile qu'il avait choisi ; au bout de quelques mois, aussitôt qu'il se sentait débarrassé de son penchant morbide aux boissons alcooliques, il demandait lui-même sa sortie ; il avait déjà fait plusieurs séjours semblables dans le même asile. Dans une observation de Calmeil, nous relevons un fait analogue : à seize ans, Glénadel se sent poussé à tuer sa mère, pour laquelle il a l'affection la plus vive. Il s'engage pour éviter de succomber à cette impulsion ; pendant son congé, sa conduite est irréprochable, mais il ne parvient que difficilement à résister au désir de déserter pour revenir au pays tuer sa mère. Ne

se sentant pas délivré de son impulsion au terme de son congé, il contracte un nouvel engagement ; mais bientôt l'impulsion homicide n'a plus sa mère pour objet ; elle lui désigne nuit et jour sa belle-sœur. De retour chez lui, se sentant incapable de résister, il demande lui-même son admission dans l'asile d'aliénés de la région et recommande qu'on ne le laisse jamais sortir.

Nous avons connu une malade, âgée de 55 ans, internée depuis longtemps et sujette à de violents et fréquents accès maniaques, qui, se sentant souvent poussée à frapper les personnes qui se trouvaient autour d'elle, demandait parfois elle-même qu'on lui mît la camisole. Les artifices les plus divers peuvent être mis en œuvre. Marc cite l'exemple d'un chimiste distingué, poète aimable, d'un caractère naturellement doux et sociable, et pourtant tourmenté du désir de tuer. « Lorsque ce malade sentait que sa volonté allait fléchir sous l'empire de ce penchant, il accourait vers le chef de l'établissement et se faisait lier avec un ruban les pouces l'un contre l'autre. Cette frêle ligature suffisait pour calmer ce malheureux, qui cependant a fini par exercer une tentative d'homicide sur un de ses gardiens et par périr dans un accès de manie avec fureur. »

Parmi les causes qui peuvent contribuer à développer des impulsions souvent dangereuses chez des sujets prédisposés, l'imitation paraît être la plus puissante. « Un monsieur lit un journal dans lequel sont rapportés les détails du meurtre d'un enfant ; la nuit suivante, il est éveillé en sursaut avec le désir de tuer sa femme. Une femme coupe la tête à un enfant qu'elle connaissait à

peine, est traduite en jugement. Ce procès a beaucoup de retentissement et produit par imitation un grand nombre de monomanies homicides sans délire » (Esquirol).

L'influence fâcheuse de l'imitation, en ce qui concerne le suicide, a été souvent constatée.

Des circonstances diverses peuvent également éveiller chez les prédisposés des tendances restées jusqu'alors à l'état latent.

L..., f. W..., 38 ans, entrée à l'asile de Clermont le 4 juin 1888. Cette malade est d'une intelligence peu développée ; elle a toujours été considérée par les siens comme « une tête faible » ; elle présente des mouvements spasmodiques de la face. Elle a toujours eu « les nerfs faibles. » A 17 ans, elle a pris des douches pendant six semaines dans un établissement hydrothérapique en Alsace ; il y a 15 ans, pendant qu'elle était bonne à Wissembourg, en entrant dans un salon, elle a eu une apparition ; elle a cru voir un chevalier de l'ancien temps, un esprit. Elle a été forcée de quitter sa place, parce qu'elle était effrayée par la même apparition, chaque fois qu'elle entrait dans ce salon. Il y a 12 ans, à Strasbourg, après la mort de sa tante, un jour qu'elle était préoccupée par cette mort, elle a vu tout à coup une fenêtre s'ouvrir et une personne en forme de nuage paraître à cette fenêtre. La fenêtre s'est ensuite refermée, et tout a disparu ; elle s'est mise alors à prier. Elle ne pouvait voir un couteau sans avoir peur ; la vue de cet objet faisait naître en elle des idées de suicide. En 1882, après son dernier accouchement, elle s'est trouvée très faible ; sur les conseils d'une voisine, elle a pris un peu de vin, un peu d'alcool pour se rétablir. Elle s'est habituée peu à peu à ce régime et a pris le goût des boissons alcooliques.

Depuis 4 ans elle faisait des excès alcooliques journaliers : elle buvait chaque jour de l'eau-de-vie de mauvaise qualité,

du vulnéraire. Elle présente actuellement un accès de délire alcoolique qui a nécessité son internement. Elle a des hallucinations diverses et des idées de persécution. L'abstinence des alcools n'a pas tardé à amener chez elle une amélioration très sensible et son mari a pu la reprendre au bout de quelques mois.

Deux faits intéressants méritent d'être signalés dans l'histoire de cette malade : la vue d'un couteau suffisait pour éveiller chez elle des idées de suicide. Les conseils d'une voisine, conseils qui ne paraissent pas avoir eu un caractère pernicieux, ont suffi également pour développer chez elle le besoin des boissons alcooliques.

II. — Tous les faits, que nous avons exposés jusqu'à présent, présentaient comme caractère commun une prépondérance des tendances impulsives ; la volonté, comme pouvoir d'arrêt, était abolie, suspendue ou réduite à l'impuissance.

Dans les faits que nous allons examiner, nous constaterons au contraire une prédominance des tendances inhibitrices.

Dans une première catégorie de faits, l'influence inhibitrice est exercée par une émotion qui échappe au contrôle de la volonté : une émotion pénible envahit subitement la conscience du malade et arrête un acte en cours d'exécution ou empêche un acte de se produire.

Les circonstances dans lesquelles se produit cette émotion sont toujours les mêmes. Elle apparaît par exemple à l'occasion d'un contact, à la vue d'un espace un peu étendu.

Une dame, arrivée à la ménopause, se trouve subitement arrêtée en face d'une porte ; la crainte d'un contact nuisible l'empêche d'ouvrir elle-même cette porte ; elle se résigne à attendre l'arrivée d'une bonne ; elle parvient, par une sorte de subterfuge puéril, à éviter en partie les conséquences de cette crainte qu'elle ne peut surmonter ; elle réserve sa main droite pour son usage personnel, sa main gauche seule peut subir les contacts indispensables avec les objets extérieurs. Ce compromis avec son obsession est loin de lui procurer le calme qu'elle recherche. Elle est sans cesse préoccupée par la crainte d'avoir souillé sa main droite ; et, si cette main vient à toucher un objet quelconque, un lavage, pratiqué le plus tôt possible et avec le plus grand soin, peut à peine la rassurer et apaiser ses inquiétudes.

Dans l'agoraphobie ou peur des espaces, les malades, à la vue d'un espace un peu étendu, éprouvent un sentiment des plus pénibles pouvant aller jusqu'à la terreur et sont le plus souvent incapables de traverser l'espace qui est devant eux.

Les patients, à qui s'imposent ces émotions d'un caractère pénible, ont une conscience nette de leur situation ; ils souffrent de leur impuissance à réagir qu'ils ont eu maintes fois occasion de constater ; et, pour échapper aux conséquences de l'obsession douloureuse dont ils sont victimes, ils ont recours à des moyens parfois bizarres.

Nous avons vu le subterfuge singulier employé par une dame atteinte du délire du toucher. Dans l'agoraphobie, les patients ont recours aux procédés les plus di-

vers ; ils se font accompagner, ils s'appuient sur une canne, ils fixent un objet quelconque, etc.; ils arrivent ainsi à traverser les espaces dont la vue les a remplis de crainte. D'autres, complètement dominés par leur obsession, évitent de sortir.

Ces obsessions émotives se développent, ainsi que les impulsions irrésistibbes sur un fonds de déséquilibration mentale. Ces deux sortes « de stigmates psychiques » se rattachent aux syndromes épisodiques de la folie des dégénérés ; « la kleptomanie, la pyromanie, la folie du doute, l'agoraphobie, la folie homicide, suicide, la dipsomanie, l'érotomanie, etc., ne sont quedes modalités, des aspects différents plus ou moins pittoresques, plus ou moins colorés, sous lesquels se présente l'héréditaire. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir le même malade revêtu successivement et sans ordre déterminé de l'une ou l'autre de ces formes, sans jamais se dégager des caractères essentiels qui constituent son fonds maladif. Sans déséquilibration mentale, le syndrome ne peut pas se développer ; il se multiplie au contraire dans les conditions favorables que lui offre l'héréditaire dégénéré » (Magnan).

III. — Dans d'autres états morbides, on constate également une prédominance des phénomènes d'arrêt.

Ces phénomènes peuvent être déterminés comme dans le cas suivant, par un sentiment de peur : Une jeune femme de 25 ans tombe, à la suite de couches, dans un état de stupeur, caractérisé par de l'inactivité, du mutisme, du refus des aliments, du gâtisme. Il faut la lever, l'habiller, lui don-

ner les soins de propreté nécessaires ; elle passe ses journées assise sur une chaise, indifférente à ce qui l'entoure ; on doit chaque jour l'alimenter au moyen de la sonde œsophagienne. Elle guérit complètement au bout de 4 mois ; elle déclare alors que, pendant tout le temps qu'elle a passé dans l'immobilité, elle était dominée par un sentiment de peur ; elle voyait parfois des flammes, mais cela l'impressionnait peu. Elle n'a conservé qu'un souvenir assez confus de ce qui se passait autour d'elle ; elle se souvient seulement d'une façon nette qu'elle avait peur et qu'elle n'osait pas bouger.

L'inhibition peut être également provoquée par une hallucination. Un malade d'Esquirol, qui, pendant 6 mois, n'avait dit un mot ni exécuté un mouvement, déclarait, après sa guérison, que pendant ces six mois, il avait entendu une voix qui lui répétait sans cesse : « Si tu bouges, tu es mort. » Certains états de stupeur reconnaissent pour cause des hallucinations qui s'accompagnent d'états émotionnels remarquables par leur violence et leur intensité ; les phénomènes d'arrêt sont alors particulièrement accusés. Une jeune fille de 21 ans, hystérique, en proie depuis plusieurs mois déjà à un violent accès de manie, tombe subitement dans la stupeur la plus complète ; elle garde le lit ; elle gâte ; on l'alimente chaque jour au moyen de la sonde œsophagienne ; le douzième jour elle est complètement guérie ; elle raconte alors que les jours précédents elle avait dans les yeux les spectacles les plus terribles ; elle voyait des flammes, des précipices, etc. ; elle ne restait pas étrangère à ce qui se passait autour d'elle et prétend s'en souvenir parfaite-

ment ; mais elle ajoute qu'elle était tellement épouvantée par ce qu'elle voyait qu'elle n'osait pas bouger. Une malade de 52 ans, présentant depuis quelque temps déjà des hallucinations et des idées de persécution, reste un mois et demi dans une stupeur profonde avec inactivité, mutisme, gâtisme, refus des aliments. Elle déclare ensuite qu'elle ne se souvient pas de ce qui se passait autour d'elle parce qu'elle n'y prêtait pas d'attention ; elle ne regardait pas les personnes qui la soignaient ; elle ne mangeait pas parce qu'elle n'avait pas faim. Son neveu étant venu la voir pendant qu'elle était dans la stupeur, elle cherchait à lui parler, mais elle ne pouvait pas. Les personnes qui ont assisté à l'entrevue disent qu'elle remuait les lèvres, mais qu'elle neparvenait pas à prononcer une parole, à se faire en- tendre.

Dans les faits se rattachant aux obsessions émotives et dans l'observation d'Esquirol, l'arrêt nous paraît intéresser surtout les mouvements. Mais dans les trois autres faits que nous avons relatés l'inhibition nous paraît plus éten due ; nous citerons à leur propos le passage suivant de la thèse de M. Rodet (actions nerveuses d'arrêt), d'agrégation passage qui nous paraît se rapporter exactement à la situation de nos malades. « Nous devons ici (inhibition par activité psychique) une mention spéciale à l'influence inhibitrice exercée par l'activité de certains centres psychiques sur d'autres centres psychiques et d'autres centres variés ; nous citerons surtout comme un type l'état de stupeur dans lequel on voit, sous l'influence d'uue idée prédominante, l'intelligence rester inerte pour toute autre idée, les actes volontaires supprimés, la sensibilité abolie, les

fonctions végétatives languissantes, et que M. Pierret n'hésite pas à interpréter par des phénomènes d'inhibitions. »

Ces phénomènes peuvent moins être accentués et considérer dans un ralentissement de l'activité psychique, déterminé par une sorte d'hypéresthésie douloureuse.

Une femme âgée de 44 ans, fleuriste, est internée le 14 février 1889 ; elle est triste, abattue ; elle répond volontiers ; mais elle parle lentement et à voix basse. Elle a passé d'abord un mois dans un hospice où son mari l'avait conduite ; elle avait une grande faiblesse ; elle manquait d'appétit ; elle ne dormait pas. On l'a ensuite amené à l'asile malgré elle ; elle suppose que son internement est le résultat de faux rapports ; elle avait à se plaindre de ses voisins, qui lui faisaient des misères ; une voisine la contrariait beaucoup ; cette femme prétendait qu'elle laissait l'évier et les cabinets ouverts, qu'elle se levait pendant la nuit, qu'elle était folle. Elle a eu de grands chagrins de famille ; elle a éprouvé une grande déception à la mort de son père qui ne lui a pas laissé l'héritage sur lequel elle comptait. Elle a perdu le sommeil depuis bien longtemps ; elle se laissait un peu aller, elle ne travaillait plus. Depuis de longues années déjà elle négligeait son ménage ; elle ne prenait même que peu de soin de sa personne. Elle ne faisait plus de cuisine ; elle achetait des aliments tout préparés, de la charcuterie ; son intérieur était très sale ; son mari avait fini par l'abandonner ; il mangeait dehors, il avait même une chambre en ville ; il ne venait la voir qu'une fois par semaine, pour lui apporter de l'argent. Elle se négligeait encore davantage depuis deux ans « parce qu'elle avait un grand ennui en elle. » Elle restait enfermée chez elle ; elle ne sortait que pour ses commissions. Elle était apathique, indifférente à tout.

B... femme C..., couturière, âgée de 36 ans, est internée le 1er février 1889. Elle a eu un procès qui lui a causé beaucoup de tourment ; on l'a accusée au mois d'août de l'année précédente d'avoir cassé des épis ; elle a été condamnée à un mois de prison le 8 octobre ; mais elle a été le 25 du même mois acquittée en appel. Elle est depuis ce procès dans le découragement le plus complet ; elle travaillait beaucoup auparavant ; mais depuis son procès elle ne peut plus travailler ; elle est énervée ; elle ne mange pas Elle a eu des idées de suicide. Elle éprouve un dégoût général ; elle ne dort pas. Quand elle mange, les aliments lui brûlent l'estomac. Elle ne peut rien faire, « elle a les bras cassés. »

Chez ces deux malades, les sensations, les images, les idées, qui n'ont pas de rapport avec les préoccupations dominantes, sont trop effacées pour éveiller l'énergie motrice et provoquer des actes ; tout ce qui entoure ces malades les laisse indifférentes ; rien ne les intéresse en dehors de leurs préoccupations habituelles (chagrins de famille ou procès) ; la concentration douloureuse a pour résultat de diminuer ou même d'annihiler l'énergie motrice.

Chez les hypochondriaques cette concentration douloureuse est encore plus accusée ; les préoccupations morbides enchaînent complètement l'attention.

N..., femme G..., 58 ans, internée le 12 octobre 1887 ; la maladie mentale existerait déjà depuis 5 ans. A son entrée, la malade est triste, découragée ; elle répond volontiers ; mais elle s'interrompt souvent pour pleurer, pousser des gémissements. Elle est allée à Paris, il y a 18 mois, se faire opérer d'une cataracte de l'œil gauche ; et depuis ce temps elle est malade, elle ne dort pas, elle ne peut plus manger ; elle n'a pas le courage de travailler ; elle est dans un anéan-

tissement complet. Elle est d'autant plus malheureuse qu'elle a une conscience parfaite de sa situation ; elle ne peut se décider à rien ; elle est incapable d'entreprendre un travail quelconque. Elle a eu une fièvre typhoïde il y a 8 ou 9 ans ; depuis elle a des maux de tête ; elle ressent des battements dans le côté droit de la tête ; depuis l'opération de la cataracte, ces battements sont plus fréquents ; elle éprouve une sorte d'énervement, elle a toujours les pieds froids ; la nuit, elle entend comme des gazouillements d'oiseaux. Elle se plaint en outre de battements à l'estomac : son estomac lui paraît resserré ; elle mange peu ; « elle ne trouve pas le goût des aliments ». Pendant toute la durée de son séjour à l'asile, elle est restée dans une dépression profonde ; elle ne s'intéresse à rien ; ses sentiments affectifs sont très diminués ; elle paraît avoir oublié son mari, que sa situation inquiète beaucoup et qui demande souvent de ses nouvelles ; elle refuse de lui écrire, elle passe ses journées assise sur une chaise, elle reste indifférente à ce qui l'entoure ; elle s'absorbe dans ses préoccupations hypochondriaques ; elle ne cesse de s'étudier, d'analyser ce qu'elle éprouve ; elle exagère tout ce qu'elle ressent, elle se laisse aller au découragement le plus profond ; elle déclare parfois que personne ne pourra la guérir ; il lui arrive même de se plaindre avec aigreur qu'on la soigne mal, qu'on aggrave sa maladie. Elle dort peu. Elle sort le 6 novembre dans le même état mental.

Nous avons passé en revue certains faits se rattachant à l'exaltation de la puissance inhibitoire. Dans les obsessions émotives nous avons constaté un arrêt du mouvement produit par une émotion envahissant brusquement la conscience. Dans les autres faits, appartenant aux états lypémaniaques, les phénomènes d'inhibition nous ont paru plus étendus et plus persistants. Nous

avons noté aussi l'exagération morbide de l'attention dans la lypémanie et l'hypochondrie ; cette exagération se remarque aussi dans les obsessions intellectuelles, qui constituent un des symptômes de la folie héréditaire.

CONCLUSIONS

« L'organisation du système nerveux, dit Maudsley, est telle qu'une juste mesure d'activité locale, indépendante, est compatible avec une juste mesure de contrôle de la part d'une autorité centrale supérieure ». Le pneumogastrique, à l'état physiologique, modère l'activité du cœur ; l'exagération de l'action de ce nerf arrête le cœur en diastole ; la suspension de cette action détermine l'accélération du même organe.

La faculté d'inhibition nous paraît, en ce qui concerne l'activité volontaire, jouer un rôle analogue : elle assure, à l'état normal, le contrôle de la volonté sur les actes et sur le mouvement des idées ; elle modère ou réfrène les actions réflexes. Nous avons vu les conséquences de son affaiblissement, qui laisse l'impulsivité sans frein, sans contrepoids ; nous avons également montré les conséquences de son exagération pathologique. Nous pouvons résumer les faits que nous avons examinés dans les conclusions suivantes :

1° La faculté d'inhibition reste imparfaite dans les états de débilité mentale ; elle est amoindrie ou annihilée dans la démence et la paralysie générale ; elle est plus ou moins complètement suspendue dans les états maniaques;

dans ces divers états pathologiques, le contrôle volontaire fait défaut; et l'activité tend à redevenir purement réflexe ;

2° La faculté d'inhibition reste impuissante contre les idées impulsives ;

3° Son exagération pathologique a pour résultat d'arrêter ou d'empêcher un mouvement voulu comme nous l'avons vu dans les obsessions émotives ; d'amoindrir ou même d'annihiler l'énergie motrice, comme nous l'ont montré des états morbides du domaine de la lypémanie ; elle se traduit aussi par l'hypertrophie de l'attention, comme dans l'hypochondrie et dans d'autres états morbides.

Vu,
Le Doyen
BROUARDEL.

Vu,
Le Président
PÉTER.

Vu,
ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le vice Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

Paris. — Imprimerie de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine.